

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....

.....  
(Adres)

.....  
(nr. Telefonu)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Kartuzach**

**Wniosek o przyjęcie do Warsztatu Terapii Zajęciowej**

Proszę o przyjęcie mnie na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej w .....

Do wniosku dołączam:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem do uczestnictwa w terapii zajęciowej.
2. Karta kwalifikacyjna kandydata.
3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis kandydata lub opiekuna

Akceptacja PCPR Kartuzy: .....



**12. Osoby zamieszkujące z kandydatem we wspólnym gospodarstwie domowym:**

<b>LP</b>	<b>Imię i Nazwisko</b>	<b>Stopień pokrewieństwa</b>

**13. Źródło utrzymania kandydata .....**

**14. Status prawny kandydata: .....**  
(pełnoletni, całkowite lub częściowe ubezwłasnowolnienie)

**15. Dane opiekuna prawnego (imię i nazwisko, tel. kontaktowy)**

.....  
.....

**16. Oczekiwania kandydata (preferowane formy terapii i rehabilitacji)**

.....  
.....  
.....  
.....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej karcie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).**

**Kartuzy dnia ...../...../.....**

.....  
**(podpis kandydata)**

.....  
**(opiekuna prawnego)**

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane na potrzeby związane z rehabilitacją i uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w  
warsztatach terapii zajęciowej

Imię i nazwisko.....

Numer PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**.....

.....

.....

**Choroby współistniejące, przebyte operacje:**.....

.....

.....

.....

.....

**Uczulenia:**.....

.....

.....

**Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne**.....

.....

.....

.....

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data: dd/mm/rrrr)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)